



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION INITIAL

N°: DR-F-08

Version : 1.0



FOYER DE VIE « RESIDENCE VIVRE ENSEMBLE »

6 Impasse PUJEAU RABE

31410 LAVERNOSE

Tél : 05.62.23.08.19

Email : fv.vivre.ensemble@orange.fr

Le dossier doit être complet afin de pouvoir être étudié.



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION INITIAL

N°: DR-F-08

Version : 1.0

DOSSIER ADMINISTRATIF ET SOCIAL

I/ Renseignements généraux :

Personne complétant le dossier et qui sera notre contact :

Nom : Prénom :

Qualité :

Adresse :
.....
.....

Code Postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

E-mail :

Candidat à l'admission

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :
.....
.....

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

E-mail :



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION INITIAL

N°: DR-F-08

Version : 1.0

Motif(s) de la demande :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date d'entrée souhaitée :/...../.....

SITUATION FAMILIALE :

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Veuf (ve) | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) | <input type="checkbox"/> Séparé(e) |
| <input type="checkbox"/> Marié(e) | <input type="checkbox"/> Pacsé(e) | <input type="checkbox"/> Vie maritale | |

SITUATION ACTUELLE :

Lieu de vie actuel :

- A domicile (avec prise en charge adaptée : aide à domicile, etc.)
- Etablissement spécialisé
- Hospitalisé(e)
- Autre (Précisez) :

Si vous êtes accueilli en établissement, veuillez préciser le type (Foyer de vie, F.A.M, M.A.S, etc.) ainsi que le nom de l'établissement:

.....
.....
.....



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION INITIAL

N°: DR-F-08

Version : 1.0

II/ Renseignements administratifs :

CARTE D'IDENTITE :

N° :	
Date de délivrance :/...../.....	Période de validité :
Préfecture :	
<i>Merci de bien vouloir joindre à ce dossier une photocopie de la carte d'identité.</i>	

CARTE D'INVALIDITE :

N° :	Taux :
Date de délivrance :/...../.....	Période de validité :
Préfecture :	
<i>Merci de bien vouloir joindre à ce dossier une photocopie de la carte d'invalidité.</i>	

MESURE DE PROTECTION :

- Pas de mesure de protection
- Demande en cours
- Sauvegarde de justice
- Curatelle simple
- Curatelle renforcée
- Tutelle aux prestations sociales
- Tutelle



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION INITIAL

N°: DR-F-08

Version : 1.0

Nom de l'organisme de tutelle (ou du représentant légal) :
.....

Lien de parenté (si existant) :

Adresse :
.....
.....

Code postal :

Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

E-mail :

ORIENTATION M.D.P.H :

N° dossier :

Adresse et coordonnées de la M.D.P.H compétente :
.....
.....

Date de la dernière orientation M.D.P.H en cours de validité pour un placement en Foyer de vie/Foyer
occupationnel :

*Merci de bien vouloir joindre à ce dossier une photocopie de la notification M.D.P.H en Foyer de vie en cours
de validité.*

Demande en cours :

Oui

Non

Date du dépôt de
dossier :



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION INITIAL

N°: DR-F-08

Version : 1.0

DOSSIER VIE QUOTIDIENNE ET AUTONOMIE

I/ Déplacements et autonomie :

DEPLACEMENTS

- Quel est votre moyen de transport le plus habituel ?
(Cochez la ou les cases correspondantes)

	Déplacements extérieurs	Déplacements intérieurs
Aucune aide technique (marche)		
Avec cannes		
Avec déambulateur		
Avec un fauteuil roulant manuel		
Avec un fauteuil roulant électrique		
Autre (Précisez) :.....		

- Pouvez-vous monter ou descendre seul des marches ?

- Oui
 Partiellement (avec aide)
 Non

- Orientation dans l'espace :

<input type="checkbox"/> Très limitée (intérieur de la structure ou de l'appartement, etc.)	<input type="checkbox"/> Orientation extérieure dans les lieux connus et familiers
---	--



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION INITIAL

N°: DR-F-08

Version : 1.0

<input type="checkbox"/> Bonne orientation	<input type="checkbox"/> Autonome (sorties sans accompagnement)
--	---

AUTONOMIE

ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE	AIDE HUMAINE	
1. Transferts :		
a. Lever (ex : passer du lit au fauteuil roulant)	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Importante
	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale
b. Coucher	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Importante
	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale
c. Transfert fauteuil/fauteuil ou fauteuil/chaise	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Importante
	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale
d. W.C	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Importante
	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale
e. Autre (Précisez) :.....	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Importante
	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale
2. Toilette :		
a. Haut du corps	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Importante
	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale
b. Bas du corps	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Importante
	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale
c. Soins de l'apparence (visage, brossage des dents, coiffure, maquillage, rasage, etc.)	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Importante
	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale
3. Habillage/Déshabillage :		
a. Haut du corps	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Importante
	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Totale
b. Bas du corps	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Importante



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION INITIAL

N°: DR-F-08

Version : 1.0

Partielle

Totale

ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE	AUTONOMIE	
4. Elimination urinaire/selles :		
a. Elimination urinaire	<input type="checkbox"/> Continent	<input type="checkbox"/> Incontinence occasionnelle
	<input type="checkbox"/> Sonde à demeure	<input type="checkbox"/> Incontinence totale
	Autre (précisez) :	
b. Elimination des selles	<input type="checkbox"/> Continent	<input type="checkbox"/> Incontinence occasionnelle
	<input type="checkbox"/> Poche colostomie	<input type="checkbox"/> Incontinent
	Autre (précisez) :	
c. Transit	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Constipation récurrente
	<input type="checkbox"/> Constipation occasionnelle	<input type="checkbox"/> Diarrhées fréquentes
5. Préparation et prise des repas :		
a. Petit-déjeuner	<u>Préparation :</u> <input type="checkbox"/> Sans aide <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<u>Prise :</u> <input type="checkbox"/> Sans aide <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale
b. Déjeuner et dîner	<u>Préparation :</u> <input type="checkbox"/> Sans aide <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<u>Prise :</u> <input type="checkbox"/> Sans aide <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION INITIAL

N°: DR-F-08

Version : 1.0

II/ Aides techniques et appareillage :

APPAREILLAGE	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, veuillez préciser lesquels :	

AIDES TECHNIQUES A LA COMMUNICATION	
<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Ordinateur
<input type="checkbox"/> Ecriture manuelle	<input type="checkbox"/> Synthèse vocale
<input type="checkbox"/> Gestes/sons	<input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :.....

AIDES TECHNIQUES AUX TRANSFERTS	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquelles :	

AIDES TECHNIQUES A LA TOILETTE	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquelles :	

AUTRES AIDES TECHNIQUES (ex : Repas)



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION INITIAL

N°: DR-F-08

Version : 1.0

.....
.....

Date :/...../.....

Document rempli par :

Signature :

(Précisez la fonction de l'aidant)

Autres renseignements complémentaires
(consommation tabac, alcool, petites habitudes de vie, etc.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION INITIAL

N°: DR-F-08

Version : 1.0

VIE SOCIALE

I/ Histoire/ Parcours de vie :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

II/ Relations quotidiennes :

Avec les soignants et les professionnels
.....
.....
.....
.....

Avec les autres patients ou résidents
.....
.....
.....
.....



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION INITIAL

N°: DR-F-08

Version : 1.0

Avec l'entourage familial ou proche

.....
.....
.....
.....

Autre(s) : Précisez

.....
.....
.....
.....

III/ Projet de vie / Attentes et souhaits :

Qu'est-ce qui motive votre demande d'admission au sein de notre établissement ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Quels sont vos souhaits, vos attentes ?

1. Pour votre santé/prise en charge médicale :

.....
.....
.....
.....

2. Pour votre lieu de vie :



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION INITIAL

N°: DR-F-08

Version : 1.0

.....
.....
.....
.....

3. Pour vos loisirs :

.....
.....
.....
.....

4. Autres attentes éventuelles :

.....
.....
.....
.....

Coordonnées de l'établissement et/ou de la personne ayant accompagné la demande d'admission :

Etablissement :

.....
.....

Personne à contacter et fonction :

.....

Tél : Adresse mail :

Dossier rempli par :

Date :

Signature :



**DOSSIER DE DEMANDE
D'ADMISSION INITIAL**

N°: DR-F-08

Version : 1.0

QUESTIONNAIRE MEDICAL



FOYER DE VIE « RESIDENCE VIVRE ENSEMBLE »

6 Impasse PUJEAU RABE

31410 LAVERNOSE

Tél : 05.62.23.08.19

Email : fv.vivre.ensemble@orange.fr

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

.....
.....

CODE POSTAL :

VILLE :

TELEPHONE :

NOM et COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :

.....
.....



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION INITIAL

N°: DR-F-08

Version : 1.0

Ce document est strictement confidentiel. Merci de l'envoyer sous pli cacheté.

ORIGINE DU HANDICAP

DIAGNOSTIC :

ORIGINE DU HANDICAP :

- Accident
- Maladie

S'il s'agit d'un accident :

- Accident du travail
- Accident de la circulation
- Pratique d'un sport
- Accident domestique
- Autre (Préciser) :

S'il s'agit d'une maladie :

- Congénitale
- Héritaire
- Autre

DATE DE L'ACCIDENT OU DE LA MALADIE :

MODE EVOLUTIF :

- Oui
- Non

HISTOIRE DE LA MALADIE OU DE L'ACCIDENT :

.....
.....
.....
.....



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION INITIAL

N°: DR-F-08

Version : 1.0

ETAT DE SANTE ACTUEL

POIDS :

TAILLE :

PATHOLOGIES ASSOCIEES :

.....
.....
.....

DEFICIENCES MOTRICES

➤ Déficiences des membres supérieurs :

- Des 2 membres
- D'un seul membre

➤ Déficiences des membres inférieurs :

- Des 2 membres
- D'un seul membre

➤ Absence de tout ou partie d'un ou plusieurs membres :

.....

➤ Tonus :

.....

➤ Sensibilité :

- Profonde
- Superficielle



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION INITIAL

N°: DR-F-08

Version : 1.0

Aucune sensibilité

➤ Equilibre :

.....

DEFICIENCES ASSOCIEES

➤ Acuité visuelle :

- Aveugle
- Malvoyant
- Pas de trouble
- Indéterminé (*ou non évaluable*)

Port de lunettes : OUI NON

➤ Acuité auditive :

- Sourd
- Malentendant
- Pas de trouble
- Indéterminé (*ou non évaluable*)

Port d'appareils auditifs : OUI NON

➤ Troubles de la respiration :

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles :

.....

.....

Appareillage spécifique (ex : oxygénothérapie, etc.) : OUI NON

➤ Troubles de l'élocution et/ou de la phonation (Dysarthrie) :



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION INITIAL

N°: DR-F-08

Version : 1.0

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles :

.....
.....

Appareillage spécifique (ex : outil de communication, etc.) : OUI NON

➤ Trachéotomie : OUI NON

➤ Déficiences cardiaques :

- Oui
- Non
- Donnée inconnue

Appareillage spécifique : OUI NON

➤ Etat cutané (escarres) :

➤ Etat dentaire :

Port d'un appareil dentaire : OUI NON

➤ Troubles urinaires : OUI NON

- *Si oui, lesquels* :

Matériel adapté (sonde, pénilex, pistolet, etc.) OUI NON

- *Si oui, lesquels* :

➤ Troubles intestinaux : OUI NON

- *Si oui, lesquels (constipation, diarrhée, incontinence, etc.)* :

.....
.....

Matériel adapté : OUI NON

- *Si oui, lesquels* :

➤ Troubles métaboliques (diabète, etc.) : OUI NON



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION INITIAL

N°: DR-F-08

Version : 1.0

- *Si oui, lesquels* :

➤ Déficiences intellectuelles :

- Oui
- Non

➤ Troubles du caractère et du comportement :

- Oui
- Non

- *Si oui, lesquels* :

- Troubles de l'humeur*
- Troubles dépressifs*
- Pathologie psychiatrique*
- Autre :*

➤ Troubles de la mémoire :

- Oui
- Non

REGIME ALIMENTAIRE

➤ Alimentation :

- Texture normale
- Texture hachée
- Texture mixée

➤ Liquides :

- Avec épaississant
- Sans épaississant
- Avec aide technique (verre spécifique, paille, etc.)



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION INITIAL

N°: DR-F-08

Version : 1.0

➤ Troubles de la déglutition : OUI NON

➤ Régime alimentaire :

- Normal
- Hypocalorique
- Sans porc
- Sans sel
- Sans sucre
- Autre :

NOM et PRENOM du médecin ayant rempli le dossier :

ADRESSE :

.....
.....
.....
.....

TELEPHONE :

DATE :

SIGNATURE :



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION INITIAL

N°: DR-F-08

Version : 1.0

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

1. Etat civil

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou Passeport en cours de validité
- Copie de la carte d'invalidité

2. Documents administratifs

- Copie du jugement de mise sous protection juridique le cas échéant
- Copie de la notification d'orientation M.D.P.H en cours de validité avec la mention « Foyer de vie/Foyer occupationnel »

3. Documents médicaux (sous pli cacheté)

- Questionnaire médical complété